



REGISTRO IVR DE PROVEEDORES RESIDENTES

Este formulario se utiliza para el registro en el sistema de Respuesta de Voz Interactiva (IVR) para Proveedores Residentes. A través de esta opción, los Proveedores Residentes ingresarán el total de horas trabajadas por día usando el sistema IVR para el Cliente que se nombra más adelante.

1. Ingrese el nombre del Cliente y el ID de ProviderOne.
2. Ingrese el nombre del Proveedor Residente y el ID de ProviderOne.
3. Ingrese el número de teléfono que el Proveedor Residente usará durante el horario regular. Puede ser un celular o una línea fija.
4. El Proveedor Residente debe firmar y fechar este formulario.

Nombre del cliente: _____	ID de ProviderOne del cliente: _____
Nombre del proveedor residente: _____	ID de ProviderOne del IP: _____
Número de teléfono: _____ (teléfono utilizado durante el horario regular)	

Declaración

Al firmar abajo, declaro que soy un Proveedor Residente para el Cliente nombrado anteriormente. El número de teléfono que se muestra anteriormente es correcto.

Firma del proveedor individual

Fecha

Envíe este documento por correo electrónico o por correo postal de EE. UU. como se indica a continuación:

Correo electrónico:
CDWAForms@ConsumerDirectCare.com

Correo postal:
Consumer Direct Care Network Washington
3450 S. 344th Way, Suite 200
Federal Way, WA 98001

En nuestra página de recursos, www.ConsumerDirectWA.com/IP-Resources, encontrará instrucciones sobre cómo utilizar el IVR para Proveedores Residentes.

